

Aplicação do processo de enfermagem em hospitais portugueses



Implementation of nursing process in Portuguese hospitals

Aplicación del proceso de enfermería en los hospitales portugueses

Olga Maria Pimenta Lopes Ribeiro^a

Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva Martins^b

Daisy Maria Rizatto Tronchin^c

Elaine Cristina Novatzki Forte^d

Como citar este artigo:

Ribeiro OMPL, Martins MMFPS, Tronchin DMR, Forte ECN. Aplicação do processo de enfermagem em hospitais portugueses. Rev Gaúcha Enferm. 2018;39:e2017-0174. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0174>.

RESUMO

Objetivo: Descrever a aplicação do processo de enfermagem pelos enfermeiros, que exercem funções em instituições hospitalares.

Métodos: Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, realizado em 19 Centros Hospitalares de Portugal continental, no qual participaram 56 enfermeiros. Os dados foram coletados através de entrevista semiestruturada.

Resultados: Da análise de conteúdo realizada emergiram como categorias: processo de enfermagem; avaliação inicial; diagnóstico; planejamento; implementação e avaliação final. Apesar de nos últimos anos se ter assistido a uma progressiva apropriação do processo de enfermagem, a descrição das práticas dos enfermeiros tornam evidentes algumas fragilidades.

Conclusão: Os resultados do estudo evidenciam que a aplicação do processo de enfermagem requer maior clarificação e completude dos conteúdos incluídos nas etapas que o constituem.

Palavras-chave: Enfermagem. Processo de enfermagem. Hospitais.

ABSTRACT

Objective: To obtain a description of the implementation of the nursing process by nurses who work in hospitals.

Methods: Qualitative, descriptive study that was carried out in 19 hospitals in Continental Portugal with 56 nurses. Data were collected through a semi-structured interview.

Results: Content analysis originated the categories nursing process, initial evaluation, diagnosis, planning, implementation, and final evaluation. Although there has been a progressive appropriation of the nursing process in the past years, the description of nurses' practices evinces some weaknesses.

Conclusion: The results of this study show that the application of the nursing process requires more clarification and comprehensiveness of the contents included in its stages.

Keywords: Nursing. Nursing process. Hospitals.

RESUMEN

Objetivo: Obtener una descripción de la aplicación del proceso de enfermería hecha por los enfermeros que ejercen funciones en instituciones hospitalarias.

Métodos: Se trata de un estudio descriptivo con enfoque cualitativo, que se realizó en 19 centros hospitalarios en Portugal Continental, y en el que participaron 56 enfermeros. Los datos se recolectaron a través de entrevista semiestructurada.

Resultados: Del análisis de contenido surgieron las siguientes categorías: proceso de enfermería, evaluación inicial, diagnóstico, planificación, implementación y evaluación final. Aunque en los últimos años se haya producido una apropiación progresiva del proceso de enfermería, la descripción de las prácticas de los enfermeros hace evidente algunas debilidades.

Conclusión: Los resultados del estudio sugieren que la aplicación del proceso de enfermería requiere una mayor clarificación y la integridad de los contenidos incluidos en los pasos que lo constituyen.

Palabras claves: Enfermería. Proceso de enfermería. Hospitales.

^a Escola Superior de Saúde de Santa Maria. Porto, Portugal.

^b Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto, Portugal.

^c Universidade de São Paulo (USP), Escola de Enfermagem, Departamento de Orientação Profissional. São Paulo, Brasil.

^d Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Departamento de Enfermagem. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

INTRODUÇÃO

A criação do processo de enfermagem ocorreu entre 1950-1960 nos Estados Unidos da América e no Canadá, sendo que nos primeiros anos foi essencialmente desenvolvido na área do ensino. Posteriormente, em 1970, a sua utilização foi estendida até à prática clínica⁽¹⁾. Atualmente, é inquestionável a valorização que o processo de enfermagem adquiriu no desenvolvimento da profissão⁽²⁻³⁾. Em Portugal, conforme o regulamentado para o exercício profissional de enfermagem, a resposta às necessidades de cuidados dos clientes implica uma abordagem sistemática e intencional, só possível de ser devidamente concretizada com recurso a uma metodologia científica, ou seja, com recurso ao processo de enfermagem⁽⁴⁾. De fato, a aplicação deliberada e sistemática do processo de enfermagem permite que as necessidades dos clientes sejam atendidas de forma específica e segura, o que pode acrescentar qualidade ao cuidado, bem como melhorar a visibilidade, a valorização e o reconhecimento profissional⁽⁵⁻⁶⁾. Acresce ainda, que a implementação do processo de enfermagem, para além de direcionar a organização do trabalho de enfermagem segundo as suas atribuições específicas, confere aos enfermeiros maior satisfação pessoal e profissional⁽⁶⁻⁷⁾. Todavia, apesar das evidências relativas às vantagens da implementação do processo de enfermagem nas instituições de saúde, e mais especificamente nas instituições hospitalares, a adoção deste instrumento metodológico continua a representar um desafio⁽⁷⁻⁸⁾, cuja concretização implica que se explorem as concepções e percepções dos profissionais de enfermagem relativamente à sua utilização⁽⁶⁾. No contexto português, durante a última década, o desenvolvimento de um sistema de informação em enfermagem, atualmente designado de SClínico®, que para além de integrar a linguagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), incorpora itens tradutores do processo de enfermagem, contribuiu significativamente para a sua incorporação. De fato, a obrigatoriedade de relativamente a cada paciente incluir no SClínico®, no separador “avaliação inicial”, dados relevantes à tomada de decisão em enfermagem e, posteriormente, identificar informaticamente os diagnósticos de enfermagem e, em função dos mesmos, planejar intervenções, tem facilitado a apropriação do processo de enfermagem. No entanto, embora seja notória a evolução na documentação, o processo de pensamento de alguns enfermeiros torna evidente a existência de fragilidades, que apesar de notórias nos contextos assistenciais, não têm sido alvo de pesquisa. Assim, no âmbito de uma investigação mais ampla desenvolvida a nível nacional “Contextos da prática hospitalar e concepções de enfermagem”,

delineamos este estudo, no qual procuramos responder à seguinte questão: Como expressam os enfermeiros, de instituições hospitalares de Portugal continental, a aplicação do processo de enfermagem? Foi definido como objetivo: descrever a aplicação do processo de enfermagem pelos enfermeiros, que exercem funções em instituições hospitalares de Portugal continental.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, realizado em 19 Centros Hospitalares de Portugal continental. Para a identificação dos participantes, recorreu-se à amostragem intencional. Em representação das três condições em que os profissionais de enfermagem exercem a profissão e com o intuito de garantir maior compreensão do fenómeno, em cada uma das instituições hospitalares, foram participantes do estudo um enfermeiro gestor, um enfermeiro especialista e um enfermeiro assistencial. Decorrente da intencionalidade da amostra, os três participantes de cada uma das instituições hospitalares foram indicados pelo Enfermeiro Diretor da respetiva instituição. O critério de inclusão que norteou a escolha dos participantes foi exercer a sua atividade profissional na instituição hospitalar num período de tempo igual ou superior a seis meses, nos departamentos de clínica médica, clínica cirúrgica ou medicina intensiva e urgência. Assim, após termos a indicação dos potenciais participantes, foi confirmada junto dos mesmos a decisão de participarem no estudo. Uma vez que num dos Centros Hospitalares um enfermeiro gestor recusou participar, constituíram-se informantes do estudo um total de 56 enfermeiros. A todos os participantes foi solicitado que assinassem o consentimento informado, declarando que aceitavam participar no estudo e autorizavam a gravação da entrevista. Em consonância com os princípios éticos inerentes ao processo de investigação, tais como a garantia de anonimato e confidencialidade, o estudo obteve parecer favorável dos Comitês de ética e dos Conselhos de Administração das 19 instituições hospitalares envolvidas. A coleta de dados foi concretizada por meio de entrevista semiestruturada, realizada face a face. O encontro com os participantes foi previamente marcado, através de contato telefónico, considerando as suas disponibilidades. As entrevistas foram realizadas de agosto de 2015 a fevereiro de 2016 e embora a duração média fosse de 60 minutos, a duração mínima foi de 28 minutos e a máxima de 110 minutos. De modo a garantir a fidedignidade dos dados recolhidos, o registro das entrevistas foi realizado através de gravação áudio. Todas

as entrevistas foram integralmente transcritas e, posteriormente, a cada participante foi enviada por correio eletrônico a transcrição da respectiva entrevista, de modo a validar o conteúdo da mesma. Importa referir que foi o mesmo investigador que realizou, transcreveu e analisou as entrevistas. Para garantir o anonimato, todas as entrevistas foram codificadas, utilizando-se para tal a letra inicial das palavras assistencial, especialista e gestor, seguida pelo número. É de salientar que de A1 a A19 foram entrevistas realizadas a enfermeiros assistenciais, de E1 a E19, entrevistas realizadas a enfermeiros especialistas e de G1 a G18, entrevistas realizadas a enfermeiros gestores. A análise de conteúdo foi efetuada à luz do referencial de Bardin⁽⁹⁾ e com recurso ao software *Atlas.ti*[®]. Neste contexto, a análise dos discursos dos participantes dividiu-se em três fases: pré-análise, exploração do material, e por fim, inferência e interpretação⁽⁹⁾. Ao longo deste percurso, centrámos a nossa atenção nas declarações que abordavam a temática a investigar, interpretámos o significado das mesmas e o modo como poderiam ser um contributo para o fenómeno em estudo, identificando a partir daí os temas e as essências representadas. Na sequência da utilização do *Atlas.ti*[®], às unidades de registo (*quotations*, na linguagem do software), foram atribuídos códigos identificadores (*codes*), tendo sido posteriormente organizadas as categorias (*families*).

■ RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em relação às características dos 56 participantes, constatamos que a maioria é do género feminino (73,2%) e o predomínio de idades é entre 30 e 35 anos e entre 50 e 55 anos. O estado civil majoritário é Casado/União de fato (73,2%). Relativamente à condição em que exerce a profissão, dada a intencionalidade da amostra, a distribuição é idêntica, pois existem 19 enfermeiros (33,9%), 19 enfermeiros especialistas (33,9%) e 18 enfermeiros gestores (32,1%).

Unidade Temática	Categorias
Metodologia científica de prestação de cuidados	Processo de enfermagem
	Avaliação inicial
	Diagnóstico
	Planejamento
	Implementação
	Avaliação final

Quadro 1 - Metodologia científica de prestação de cuidados

Fonte:⁽¹⁰⁾

Da análise de conteúdo efetuada, no âmbito da unidade temática que intitulamos de metodologia científica de prestação de cuidados (Quadro 1), para além da referência ao processo de enfermagem, emergiram elementos inerentes à prática profissional, passíveis de serem enquadrados nas etapas do processo de enfermagem⁽¹⁰⁾.

À semelhança do verificado noutros países⁽¹¹⁾, em Portugal, e especificamente nos hospitais onde realizamos o estudo, a utilização do processo de enfermagem parece ser transversal:

Em termos de evolução, nestes últimos anos penso que talvez as equipas estejam mais direcionadas (...) para a questão do processo de enfermagem (E19); Nós usamos uma metodologia científica que é o processo de enfermagem e como tal (...) acho que nós usamos a melhor metodologia para organizar os cuidados (A14).

Ainda que o uso do processo de enfermagem constitua uma das competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais⁽⁴⁾, relativamente à sua incorporação na prática, parecem existir realidades distintas. De fato, apesar de, em alguns contextos ser notada a utilização desta metodologia científica, existem situações em que é necessário investir na integração do processo de enfermagem, o que contribuirá para o desenvolvimento da dimensão autónoma da profissão:

Acho que já estão mais preocupados com o próprio utente, com as suas dificuldades e nos focos... e nas intervenções que depois têm que desenvolver para realmente verem se teve resultado ou não, e como é que podem, se não teve resultado, contornar essa situação e conseguirem atingir o objetivo (E9); Se o processo de enfermagem fosse seguido e estivesse integrado no espírito das pessoas e na forma de trabalhar, para perceberem porque é que ele existe e como é que funciona, esta área estaria muito mais desenvolvida (E14).

Além da complexidade inerente ao próprio processo de enfermagem, podem existir dificuldades para a sua implementação sistemática e efetiva na prática profissional, de que são exemplo a falta de capacitação profissional, as particularidades inerentes às metodologias de trabalho e as características organizacionais⁽⁵⁻⁶⁾. Entre as fragilidades citadas pelos participantes, foi referida a dificuldade dos enfermeiros integrarem a essência do processo de enfermagem:

Recorrem ao processo de enfermagem, obrigatoriamente, para cumprimento, ou seja, o que eu quero dizer é que eles recorrem de uma forma processual, mas não de uma forma integrada, digamos na forma de trabalhar, no espírito de trabalho do que é enfermagem (E14).

Neste contexto, corre-se o risco de tornar o processo de enfermagem uma mera execução de rotina, descaracterizando-o como um processo científico⁽³⁾. O referido vai ao encontro do apresentado na literatura, na qual ainda persiste a percepção do processo de enfermagem como mais uma tarefa burocrática a cumprir⁽⁶⁾. No seguimento do mencionado, a necessidade de existirem processos de enfermagem **standard**, deixa dúvidas quanto à efetividade da integração do processo de enfermagem:

Ao longo do tempo, nós fazíamos e tínhamos registos standard para garantir que (...) se adequavam um bocadinho melhor à realidade... (G7); Hoje em dia, nós sabemos que os processos de enfermagem estão quase standard por serviço (...) com intervenções por serviço e isso revela precisamente que nós não estamos a ter em consideração a pessoa e a prática personalizada... Portanto, acho que é um grande passo que temos que dar nesse sentido (A10).

Do verbalizado pelos participantes, emerge a necessidade de refletir, no contexto da prática profissional, sobre o valor do processo de enfermagem e das etapas que o constituem. A primeira etapa, apreciação inicial, ou avaliação inicial, conforme apresentada no sistema de informação em uso, está orientada para recolher dados que permitem inferir os diagnósticos de enfermagem e dados que podem afetar o modo de planejar e de implementar as intervenções. A relevância da avaliação inicial foi enunciada pelos participantes, sendo que a forma como a mesma se apresenta depende do enfermeiro que a elabora:

Outra das coisas que trabalhamos e penso que a equipa está a trabalhar muito bem, é o acolhimento do doente com uma avaliação inicial (...) há sempre uma preocupação de fazer (...) uma avaliação inicial muito completa (G11); Nós temos uma avaliação inicial que toca muitos aspetos e que, também dependendo da sensibilidade (...) e da disponibilidade do enfermeiro (...) poderá ser mais preenchida, com mais rigor, ou com mais critério (E7).

Para além da importância atribuída à avaliação inicial e à necessidade de a elaborar, há dificuldades na sua apropriação:

Eles sabem (...) que têm que fazer uma avaliação inicial, porque pensam no formulário que tem que ser preenchido e são condições que têm que estar asseguradas, mas não compreendem ainda muito bem porque é que têm que fazer essa avaliação inicial, porque às vezes dizem: o doente vem para ser operado a isto... para que é que eu preciso de saber os hábitos do doente (...) e, portanto não estão imbuídos dessa cultura (E14).

Aquando da elaboração da avaliação inicial, existem dados transmitidos pelos clientes, no entanto, embora a condição de saúde de alguns clientes possa permitir que a coleta de dados seja efetuada com a contribuição dos mesmos, há contextos em que o referido é pouco frequente, sendo importante a contribuição da família:

No serviço temos muitos doentes acamados e cujo nível de cognição não está bem... tento sempre naquele encontro com a família perceber o que é que queremos para aquele doente (E15); O familiar (...) conhece melhor o doente do que nós e (...) por vezes, aquilo que nós identificamos como sendo uma necessidade, pode não ser. E a capacidade que o doente tem ou que nós queremos que ele tenha, se calhar já não tinha em casa, logo, isso é importante (G5).

Para além do cliente e família, os dados relevantes para a tomada de decisão em enfermagem também podem estar disponíveis no processo clínico, podendo, simultaneamente, existir dados transmitidos pela equipe multidisciplinar:

Eu tento reunir o máximo de informação (...) tanto a nível do que já é conhecido no processo clínico, como na informação passada pelo colega (E13); Portanto a informação, relativa ao doente, no fundo, chega-nos de várias formas. Temos por um lado a equipa médica, que vem falar conosco (...) Temos depois a parte da equipa social, que também está sempre aqui (...) E depois com outros colegas (...) que até já conhecem aquele doente (A18).

No que concerne aos dados relativos à pessoa doente, recolhidos durante a avaliação inicial, os identificados pelos participantes foram: o nível de escolaridade e a capacidade de aprendizagem, as crenças e os valores, a dependência ou independência no autocuidado, a conscientização sobre a doença, o conhecimento e o potencial de recuperação e readaptação:

Temos tido em conta o (...) nível de escolaridade e a capacidade de aprendizagem do utente (A19); Para mim o mais importante é (...) aquilo que as pessoas têm interiorizado, as crenças, os valores (A5); (...) saber como o doente era em casa relativamente aos autocuidados, ou seja, se era dependente ou independente, é fundamental (A4); Nós aqui fazemos sempre aquela avaliação inicial ao doente, o que é que ele sabe, o que é que ele não sabe, se está consciencializado, se sabe a doença que tem. Há muitos doentes (...) que não sabem o nome da doença sequer (E15); (...) os conhecimentos que o doente tem (...) também são muito importantes (...) o potencial que têm para

recuperarem, para se readaptarem a uma nova situação, faz toda a diferença, independentemente da gravidade e da situação em si (A5).

Os dados relativos ao status social/apoio da família foram também evidenciados:

Cada vez mais recebemos pessoas que vivem sozinhas, que vivem com familiares idosos e a nossa primeira preocupação é saber qual é a situação social desta pessoa (G2).

A identificação do prestador de cuidados, bem como a coleta de dados relevantes sobre o seu potencial para tomar conta, foram preocupações manifestadas:

Tenho que saber dizer quem é o potencial prestador de cuidados que irá ser responsável por essa pessoa após a alta e desde logo começar a fazer o planeamento de alta... (G2); (...) fazemos as questões todas relacionadas com a pessoa significativa (...) se tem conhecimentos suficientes para poder cuidar deste familiar em casa, podemos a partir daí, planejar a alta, perceber se perante esta situação o familiar está preparado para o receber... (G7).

Após a avaliação inicial, a segunda fase do processo de enfermagem corresponde ao diagnóstico. Na versão beta 2 da CIPE*, que suportou a primeira versão do sistema de informação em uso, as áreas de atenção apareciam divididas em dois domínios: função e pessoa. A relevância dos diagnósticos no domínio da função emergiu do discurso dos participantes:

Os diagnósticos que formulam, que identificam, são essencialmente na área da função e aí não têm dúvidas (...) se identificassem diagnósticos no âmbito da pessoa, aspetos mais relacionados com o processo de adaptação, (...) com a assunção de papéis do prestador de cuidados, iríamos discutir mais (...) Aliás, as poucas vezes que discutimos sobre diagnósticos de enfermagem tem a ver com estes aspetos (E2).

Do exposto, fica claro que a identificação de diagnósticos de enfermagem, em áreas do **core** da disciplina, promove a reflexão e a discussão sobre a natureza da profissão. Em 2013, numa investigação realizada em contexto hospitalar, constatou-se que o domínio das funções assumia particular representatividade na documentação global das necessidades dos cuidados de enfermagem⁽¹²⁾. Da análise dos discursos dos participantes do nosso estudo, emergiram dados que corroboram os encontrados pela autora:

Grande parte (...) daquilo que nós fazemos (...) é centrado na função (A14); Sem dúvida que os enfermeiros, hoje, documentam mais e documentam melhor. Tem havido esse esforço... Mas essa melhoria na documentação não nos vem descentrar do que são os focos da função (E2).

Efetivamente, os participantes manifestam dificuldade em identificar diagnósticos no domínio das emoções vivenciadas pelos clientes:

No nosso dia-a-dia, o que nós temos mais tendência é (...) o doente tem uma ferida, está agitado (...) As partes emocionais, eu acho que, de alguma forma, todos nós ainda as descurámos (...) se formos a ver os nossos registos, poucos focos nesta área são levantados (E9).

No âmbito dos focos relativos à pessoa doente, o autocuidado constitui a área de atenção a que os enfermeiros mais recorrem para descrever os cuidados de enfermagem prestados aos clientes. Para além disso, no sentido de traduzir as necessidades no domínio do autocuidado, constatamos que é frequentemente associado o juízo dependência:

Muitos dos problemas identificados estão relacionados com os diferentes autocuidados (...) o grau de dependência é avaliado em relação a todos os autocuidados (A4). Para todos os doentes quando entram, nós temos que ver qual é o grau de dependência que ele tem (E16).

O referido está em consonância com os resultados obtidos noutros estudos, denotando a influência da “Escola das Necessidades” na prática dos enfermeiros portugueses⁽¹²⁻¹⁴⁾. Por outro lado, as áreas de atenção, do domínio da função, referidas pelos participantes, foram a dor, a deglutição e a dispnéia:

Nós aqui temos muito, a dor aguda (...) mas também temos a dor crónica (G3); (...) estamos sempre atentos à possibilidade de existirem alterações na deglutição (...) Às vezes, a nossa intervenção depende do doente apresentar ou não dispneia, o que aqui é muito frequente (A4).

A conscientização, o conhecimento, a capacidade e a gestão do regime terapêutico traduzem áreas de atenção a que os enfermeiros têm vindo gradualmente a atribuir mais valor. Ainda que menos mencionadas, importa salientá-las, uma vez que evidenciam o esforço dos enfermeiros em identificar focos de atenção no âmbito do **core** da disciplina de enfermagem:

A consciencialização para a sua nova condição de saúde (E2); O conhecimento sobre a doença (A4); A capacidade para o fazer sozinho, sem ajuda do enfermeiro (G1); (...) numa determinada doente, em que estávamos a trabalhar a gestão do regime terapêutico (A5).

No que se refere aos focos relativos à família, os enfermeiros evidenciaram dificuldade em enunciá-los, estando na maioria das vezes direcionados para um único elemento da família, aquele que designamos por membro da família prestador de cuidados e que, recentemente, de acordo com o ICN⁽¹⁵⁾, adotou a designação de familiar cuidador. Alguns autores têm vindo a constatar que apesar do desenvolvimento teórico e da abertura dos hospitais às famílias, os cuidados de enfermagem continuam centrados no indivíduo e não na família como cliente⁽¹⁶⁾, o que também foi confirmado neste estudo. No que concerne aos focos relativos ao prestador de cuidados, destacou-se o papel de prestador de cuidados, o conhecimento e a capacidade:

O nosso papel é importantíssimo nesses primeiros passos (...) do papel de prestador de cuidados (E2); Para além de ter conhecimento é importante que tenham capacidade para aprender e para fazer (A4).

Embora a abordagem ao prestador de cuidados, como cliente e não como recurso para assegurar cuidados, tivesse sido pouco abordada pelos participantes, no âmbito de uma aproximação aos modelos expostos, importa considerá-la:

A verdade, é que nós sabemos que existem inúmeros estudos que mostram que temos que olhar para o prestador de cuidados (...) como um cliente e não como um recurso. Na forma até o vemos como um cliente, mas na substância, tratamos dele como um recurso (A14).

No seguimento do mencionado, o exemplo do participante traduz a frequência com que abordamos o prestador de cuidados como cliente, alvo dos nossos cuidados, evidenciando a existência de uma dicotomia entre os modelos expostos na teoria e os modelos em uso no contexto hospitalar⁽¹⁶⁾:

Um prestador de cuidados que nunca tinha sido abordado daquela forma e em que eu me centrei na dimensão do stress (...) e como estava a tratá-lo na substância como um cliente, ele ficou muito espantado porque (...) “não sabia que os enfermeiros faziam isso”... (A14).

Ainda relativamente à categoria diagnóstico, decorrente de uma prática centrada na prevenção de complicações, os focos de atenção, a que se tem associado o juízo da probabilidade, referem-se à queda, à úlcera de pressão, à aspiração, à maceração e à infeção. Neste sentido, e à semelhança de outro estudo português⁽¹²⁾, os diagnósticos de risco identificados foram:

Risco de queda (G10); Risco de úlcera de pressão (E6); Risco de aspiração (E2) Risco de maceração (A3) e Risco de infeção (A9).

No âmbito das competências do enfermeiro, após a apreciação dos dados relevantes para a concepção de cuidados, deve ser elaborado o plano de cuidados⁽⁴⁾. Decorrente da análise dos discursos, relativamente à terceira fase do processo de enfermagem, designada por planeamento, ficou clara a preocupação dos enfermeiros concretizarem tal desiderato:

Temos um plano de cuidados (E19); (...) eu penso que estamos a caminhar num bom sentido e, que os nossos planos de cuidados estão a deixar de fora aquilo que é supérfluo e desnecessário e que estamos a focar-nos no essencial (E7).

Na elaboração do plano de cuidados, apesar do foco no cliente, a concepção de cuidados centrada no processo de doença, embora não seja a preconizada, ainda prevalece:

O plano de cuidados (...) é focalizado para aquele doente (G14); Há sempre o acolhimento do doente (...) e a partir daí é feito o (...) plano de cuidados em função da patologia que o doente tem e das patologias colaterais (A11).

A preocupação com a definição de objetivos exequíveis foi mencionada pelos participantes, sendo efetivamente um aspecto importante:

A ideia que eu tenho é (...) ter um objetivo real, exequível (...) se tivermos uma coisa muito utópica (...) primeiro virá a frustração porque não conseguimos lá chegar, frustramos a nós (...) frustra o utente e a família porque também estavam à espera de mais (E9).

Ainda de acordo com o regulamentado, a formulação do plano de cuidados, sempre que possível, deve ser concretizada com a colaboração dos clientes, sejam eles doentes ou cuidadores⁽⁴⁾. A importância do envolvimento dos clientes no planeamento foi salientada:

Que interessa eu estar a pôr no plano de cuidados, uma coisa que não foi negociada com o doente (...) temos que envolver a pessoa (...) na tomada de decisão sobre os seus cuidados (G3); No serviço de medicina é mesmo necessário que o prestador de cuidados seja incluído em todo o planeamento, desde a admissão até à alta (...) e quando as coisas correm bem a satisfação é mútua, tanto do prestador de cuidados, como do cliente (E1).

O referido demonstra que neste contexto os enfermeiros têm vindo a adotar práticas que a evidência científica anuncia como oportunas. Para além disso, de acordo com o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes⁽¹⁷⁾, os mesmos devem ser ativamente implicados no processo de cuidados, uma vez que só assim poderão ser corresponsabilizados quer pela sua saúde, quer pelo controle da evolução da sua doença. Apesar da relevância atribuída ao envolvimento dos clientes, nem sempre é fácil a sua concretização:

É importante (...) negociar com a pessoa exatamente aquilo (...) que vamos planear a nível de intervenções, porque muitas vezes, nós somos um agente externo que chega ali e determina um plano de cuidados (...) que apenas dá indicações e já está (A10); A carga de trabalho é cada vez maior e, nós temos que fazer um maior número de coisas em menos tempo e, às vezes, essa parte de questionar a pessoa, de validar esses pontos com a pessoa, falta (E4).

No âmbito da implementação, quarta fase do processo de enfermagem, dos discursos dos participantes, emergiram as intervenções mais concretizadas. Neste sentido, das intervenções direcionadas à pessoa doente são de destacar: assistir o autocuidado, ensinar e instruir estratégias adaptativas para o autocuidado, incentivar o autocuidado, ensinar e instruir sobre o regime terapêutico, ensinar sobre exercícios respiratórios, ensinar e instruir sobre cuidados às ostomias, conscientizar e ensinar sobre a doença. Nessa perspectiva, fica explícito que os enfermeiros orientam a sua ação no sentido de promover o autocuidado, de proporcionar conhecimento sobre a doença e gestão da mesma, bem como treinar habilidades para lidar com alterações decorrentes do processo de doença ou do próprio tratamento, com a intencionalidade de promover a adaptação à nova situação de saúde. Relativamente às intervenções no domínio do autocuidado, é possível identificar perspectivas diferentes. Uma, deriva da substituição da pessoa, como consequência de um episódio agudo de doença:

Sobretudo no âmbito da substituição da pessoa, ou no atender a pessoa naquele autocuidado, muitas vezes ainda centrado naquilo em que ela é incapaz de fazer (...) E depois à medida que a própria doença vai evoluindo, e quando estamos a assisti-los no autocuidado (...) vamos ajudando as pessoas a perceber que estão a ficar melhores (A3).

Nesse sentido, de uma abordagem centrada na substituição do cliente, variando, à luz do referencial de Dorothea Orem, entre um sistema totalmente ou parcialmente compensatório⁽¹⁸⁾, importante no âmbito da gestão de sinais e sintomas da doença, evolui-se para uma fase de conscientização da evolução favorável do processo patológico, e, consequentemente, de promoção do autocuidado. No fundo, o cliente, ao confrontar-se com as atividades de autocuidado que consegue ou não concretizar, toma consciência da própria evolução⁽¹³⁾. Ainda no domínio do autocuidado, uma outra perspectiva, baseada no conhecimento e nas capacidades dos clientes, emergiu nos discursos:

No serviço (...) nós trabalhávamos estratégias adaptativas, trabalhávamos a potencialização do doente para melhorar o seu autocuidado (A5); Ensinar e treinar estratégias adaptativas, para promover a capacidade dos doentes para o autocuidado, é o nosso dia-a-dia (A4).

O referido passa muitas vezes por proporcionar ajuda profissional aos clientes no momento em que vão tomar banho no chuveiro:

São aqueles doentes que precisam mais de nós na casa-de-banho para os ajudar nas atividades, no autocuidado todo (E15); É nesse momento que ensinamos mais estratégias (A4).

Assim, importa lembrar que a aprendizagem de novas competências de autocuidado pode fazer-se de duas formas, por tentativa-erro ou com recurso à ajuda profissional, sendo que a primeira só existe quando a segunda não é disponibilizada em tempo apropriado⁽¹³⁾. Além disso, é necessário considerar que a ajuda profissional torna mais célere e segura a realização das atividades de autocuidado. Nas situações em que existe comprometimento transitório à concretização das atividades de autocuidado, foi atribuída relevância à intervenção incentivar o autocuidado:

No pós-operatório destes doentes, no dia a seguir à cirurgia são logo incentivados a tentar levantar-se, sentar-se na cadeira, para no dia dois, já serem capazes de se au-

tocuidarem (...) o levante é muito precoce (...) para que o doente seja incentivado a se autocuidar (G13).

As intervenções, no domínio da gestão do regime terapêutico, são essencialmente do tipo ensinar e instruir, sendo de destacar a importância atribuída pelo enfermeiro à técnica executada pelo cliente, aquando da administração da terapêutica:

No nosso serviço temos doentes com patologias do foro respiratório e aquando da alta, muitas vezes, têm de fazer os inaladores para o domicílio e nós fazemos o ensino (...). Se é um doente que já faz no domicílio, às vezes o que acontece é que eles têm uma má técnica no domicílio. É pedido à família para trazer os inaladores, e nós juntamente com o doente, supervisionamos, explicamos como é que eles têm de fazer (A15).

Com a intenção de capacitar o cliente a lidar com alterações decorrentes do processo de doença ou do próprio tratamento, os enfermeiros implementam intervenções do tipo ensinar:

Ensinaamos determinados exercícios respiratórios, é uma forma de o doente se ir mantendo saudável por muito mais tempo (E9); Há ensinamentos que fazemos diariamente (...) aos doentes que ficam colostomizados (A8).

No âmbito do processo patológico, a intenção de promover a conscientização e o conhecimento sobre a doença foram aspectos valorizados:

Consciencializar que eles têm aquela doença (E15); informar e ensinar sobre a doença (A4).

Em relação às intervenções direcionadas à família foi notória a preocupação com a preparação da família para receber a pessoa doente em casa:

A preparação da família é crucial (A4); (...) preparamos a família, para a família perceber que está preparada para receber aquela pessoa (E2).

Reconhecendo a importância da ajuda profissional proporcionada à família, da análise dos discursos, emerge a preocupação com a própria estrutura familiar:

Às vezes temos que agilizar as estruturas familiares... a estrutura familiar não está preparada para receber o doente nas condições em que ele vai (...) e às vezes a própria

família não é capaz de se coordenar entre ela sem a nossa ajuda (E18).

O envolvimento de diferentes membros da família é frequentemente entendido como positivo, uma vez que além de constituir uma garantia de mais suporte, pode ser uma possibilidade de divisão de tarefas⁽¹³⁾. Da análise das narrativas, emergiram situações reveladoras da intenção dos enfermeiros envolverem a família, algumas vezes com o intuito de ensinar, mas também numa perspectiva de prevenção de complicações:

Sempre que nós temos familiares minimamente predispostos para tal, eu solicito sempre a ajuda deles para os posicionar (...) para lhes explicar, quer a maneira de os posicionar, quer a maneira de os puxar, porque acontece que as pessoas têm muito o hábito de quando vão puxar um doente para o posicionar numa cama pegam-lhe no braço e puxam pelo braço para trás e (...) qualquer dia partem-lhe o braço (A16).

A preocupação dos enfermeiros em dotar os membros da família de conhecimentos, capacidades e recursos que lhes permitam ajudar o familiar dependente, quer no domínio do autocuidado, quer na prevenção de complicações, além de ser importante para a pessoa doente, contribui para uma transição personalizada e de qualidade⁽¹⁹⁾. Tal como mencionado anteriormente, é pouco frequente a abordagem da família enquanto cliente, sendo que na perspectiva de alguns autores⁽¹⁶⁾, as intervenções dirigidas à família, em contexto hospitalar, estão fundamentalmente direcionadas para o entendimento da família como um recurso para a desospitalização, o que também foi constatado neste estudo. Contudo, face à importância da família na continuidade de cuidados à pessoa doente, em algumas situações, constatou-se uma preocupação em preparar especificamente as pessoas da família que assumem o papel de prestador de cuidados, identificadas frequentemente nos discursos como "cuidadores":

Fazemos com que eles venham logo com o futuro cuidador, com a pessoa que vai ficar a tomar conta deles (E8); Tentamos de alguma forma colmatar as suas necessidades e antever um bocadinho aquilo que eles vão ter como problemas depois no domicílio, para que consigamos logo fazer uns ensinamentos (E9).

Efetivamente, de uma ênfase centrada quase exclusivamente nas necessidades do cliente, tem-se evoluído no sentido de atender às necessidades da pessoa que vai assumir o papel de prestador de cuidados⁽¹²⁾.

Não temos só que cuidar do doente, mas também da pessoa que está com ele, ou que depois vai ficar com ele em casa e que tem que dar continuidade aos nossos cuidados após a alta” (E9).

Decorrente do juízo clínico formulado relativamente ao conhecimento e capacidade do membro da família prestador de cuidados, a relevância atribuída à ação do enfermeiro foi evidente nas intervenções de enfermagem do tipo ensinar e treinar:

Aquilo que fazemos com mais frequência, é ensinar e treinar o prestador de cuidados para lavar, posicionar, transferir e também para alimentar por sonda nasogástrica (A4).

De fato, as intervenções direcionadas ao prestador de cuidados são essencialmente orientadas para a sua capacitação para o processo de tomar conta. Neste contexto, relativamente ao papel do prestador de cuidados, à semelhança dos resultados obtidos noutros estudos, constatamos que a preparação para o mesmo, quando existe, está direcionada para o complemento daquilo que o cliente não consegue fazer, não visando à reconstrução da autonomia do familiar doente. Neste sentido, o encontrado fica aquém do esperado no processo de facilitação da transição para o papel de prestador de cuidados, que se inicia no contexto hospitalar^(13,19). Decorrente de uma política de internamentos cada vez mais curtos, habitualmente o papel de cuidador de um familiar cabe aos membros da própria família⁽¹⁹⁻²⁰⁾. No entanto, no decurso das alterações demográficas e da estrutura familiar, tem vindo a constatar-se um comprometimento (cada vez maior) da disponibilidade dos familiares para prestar cuidados. No contexto hospitalar, a constatação dessa realidade passa, muitas vezes, por referenciar a situação à equipe de gestão de altas ou à assistente social. Relativamente à intervenção referenciar situações problemáticas à equipa de gestão de altas, os participantes reconhecem a necessidade de a implementar o mais precocemente possível:

Durante os primeiros dias de internamento, é necessário confirmar se os doentes têm critérios para serem referenciados ou não (A4); Recorremos à equipa de gestão de altas, porque muitos doentes necessitam de encaminhamento para unidades de cuidados continuados (...) é uma articulação que fazemos diariamente perante situações problemáticas (G17).

Quanto aos clientes que vivem sozinhos ou em situações de insegurança ou fragilidade, a intervenção referenciar situações problemáticas à assistente social foi salientada:

O doente entrou e eu apercebi-me que ele vive sozinho... articulamos com a assistente social, e a assistente social vem cá (A12); Se vive em condições de insegurança ou de fragilidade, é imediatamente referenciado para o serviço social para desde logo acautelar para a situação do pós-alta, nomeadamente para recursos na comunidade (G2).

As situações de negligência e/ou maus tratos são também frequentemente referenciadas à assistente social, e, sempre que possível, a alta não ocorre, enquanto do ponto de vista social não estiverem garantidas as condições necessárias:

Situações de negligência nítida por parte de familiares, situações de maus-tratos, (...) mesmo que clinicamente o médico diga que tem alta no dia a seguir, eu digo que não sai, enquanto essa situação não estiver salvaguardada (G2).

Apesar das dificuldades inerentes à articulação com outras instituições, emergiu nos discursos a necessidade de em algumas situações, se articular com serviços de saúde comunitários:

Quando fico preocupada com a continuidade de um determinado cuidado, acabo por telefonar para o centro de saúde (A4).

Ainda que o desenvolvimento de competências de autocuidado ou de gestão do regime terapêutico deva começar no contexto hospitalar, só em casa haverá a confrontação com as reais necessidades⁽¹³⁾. Atendendo a que atualmente não há possibilidade de assegurar a continuidade de cuidados com os profissionais de enfermagem que conheceram os clientes no contexto hospitalar, uma das estratégias é recorrer aos profissionais dos serviços de saúde comunitários, na tentativa dos mesmos conseguirem preencher as lacunas ainda existentes, o que também não tem sido fácil. Decorrente destas situações, o estabelecimento de canais de comunicação direta com os serviços deveria ser uma estratégia a considerar para facilitar o regresso a casa e evitar a necessidade dos clientes recorrerem às instituições de saúde⁽¹³⁾. Relacionada com o contexto para onde o doente vai após a alta hospitalar, foi também destacada a necessidade de se articular com instituições de apoio social:

Quando os doentes vão para um lar, há lares que não estão preparados para determinadas intervenções... nós contactamos os colegas... no sentido de lhes dizer que a situação do doente é assim... que precisa destes cuidados... (G11).

Por fim, no âmbito da avaliação final, avaliar os resultados das intervenções de enfermagem deveria, na perspectiva dos participantes, ser mais notório:

Não há aquele feedback que eu gostava que houvesse... o doente já começou a fazer assim (...) e já está apto a ir para casa (...) Eu acho que isso é que podia fazer (...) a diferença na nossa prática (G7); Regra geral, o enfermeiro não tem sensibilidade para ir avaliando e documentando as intervenções que executa (A4).

Conforme descrito no perfil de competências do enfermeiro⁽⁴⁾, é crucial rever e reformular o plano de cuidados regularmente, necessidade que foi evidente no discurso dos participantes:

Com o aparecimento de novos dados é necessário reavaliar o plano de cuidados (A2); poderá não ser com aquelas intervenções que nós consigamos bons resultados. Podemos ter que fazer uma avaliação novamente, mudar as intervenções, para conseguirmos chegar ao objetivo (E9).

Apesar dos enfermeiros valorizarem a atualização dos planos de cuidados, perante a exigência da mesma ser realizada no sistema de informação em uso, SClínico*, nem sempre o fazem:

Às vezes as intervenções não estão adequadas aos diagnósticos, ou então os diagnósticos não estão atualizados (A4); Eu acho que há essa preocupação em alguns doentes (...) doentes que tiverem realmente potencial para aprender e tiverem capacidade para aprender, nós estamos muito mais despertos para esta avaliação e atualização. Agora, quando são aqueles doentes que já chegam dependentes, continuam dependentes, que o prestador de cuidados é prestador de cuidados há dez anos, isto passa assim um bocadinho ao lado (E1).

Na perspectiva dos participantes, além da falta de sensibilidade dos profissionais, a condição de saúde do cliente também influencia a atualização do plano de cuidados, o que já foi confirmado por outros autores⁽⁵⁾.

■ CONCLUSÃO

Durante a última década, a utilização em Portugal de um sistema de informação, cuja matriz conceptual incorpora de forma explícita itens tradutores do pensamento em enfermagem, constituiu um fator que nitidamente tem sido um facilitador da utilização do processo de enfermagem. Contudo, apesar de nos últimos anos se ter assistido

a uma progressiva apropriação do processo de enfermagem, ainda são evidentes algumas fragilidades, que têm culminado no uso limitado, parcial e superficial desta metodologia científica. Os enfermeiros reconhecem o valor do processo de enfermagem para uma prática sistematizada e intencional, no entanto, revelam continuar focados numa concepção de cuidados centrada na gestão de sinais e sintomas das doenças, com enfoque no domínio das funções, em detrimento das reais necessidades manifestadas pelos clientes. Para além disso, nos contextos em que é evidente a aplicação parcial e pouco sustentada do processo de enfermagem, as práticas dos enfermeiros são frequentemente orientadas por rotinas e tradições enraizadas. Perante o exposto, e mesmo assumindo a limitação de uma amostragem intencional, torna-se necessária maior clarificação e completude dos conteúdos incluídos no processo de enfermagem, enquanto metodologia que pode orientar e tornar mais científica a prática profissional. Neste sentido, no âmbito do ensino, seria importante a adoção de estratégias de ensino-aprendizagem potenciadoras da apropriação do processo de enfermagem. Na prática, no contexto assistencial, emerge a necessidade de se potenciar a adoção de práticas sistematizadas. A inclusão do processo de enfermagem e de estudos de caso, nas temáticas da formação em serviço, bem como a existência de momentos de reflexão sobre as práticas com a participação de todos os enfermeiros da equipa, constituem possíveis estratégias. Na pesquisa, seria interessante a realização de estudos alicerçados na observação, em contexto real, cujo intuito seria confirmar a consonância entre os aspetos referidos pelos enfermeiros e o exercício da prática profissional e estudar a problemática dos fatores que facilitam ou comprometem uma atuação coerente com o processo de enfermagem.

■ REFERÊNCIAS

1. Huitzi-Egilegor JX, Elorza-Puyadena MI, Urkia-Etxabe JM, Asurabarrena-Iraola C. Implementation of the nursing process in a health area: models and assessment structures used. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2014 Sept-Oct;22(5):772-7. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3612.2479>.
2. Souza MF, Santos AD, Monteiro AI. The nursing process in the opinion of the nursing staff of a teaching hospital. *Rev Bras Enferm*. 2013 Mar-Apr;66(2):167-73. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000200003>.
3. Benedit SA, Gelbcke FL, Amante LN, Padilha MI, Pires DEP. Nursing process: systematization of the nursing care instrument in the perception of nurses. *Rev Pesqui Cuid Fundam*. 2016 Jul-Sep;8(3):4780-8. doi: <http://dx.doi.org/10.9789/21755361>.
4. Ordem dos Enfermeiros (PT). Regulamento n.º 190/2015 de 23 de abril de 2015. *Diário da República*, 2.ª série, 2015 abr 23[cited 2017 Jun 01];2015(Parte E 79):10087-90. Available from: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_190_2015_Regulamento_do_Perfil_de_Competencias_Enfermeiro_Cuidados_Gerais.pdf.

5. Versa GLGS, Murassaki AY, Silva LG, Vituri DW, Mello WA, Matsuda LM. Assessment of quality of nursing prescriptions in public teaching hospital. *Rev Gaúcha Enferm*. 2012 Jun [cited 2017 Jul 04];33(2):28-35. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rge/v33n2/06.pdf>.
6. Pivoto FL, Lunardi Filho WD, Lunardi VL, Silva PA, Busanello J. Production of nurse's subjectivity: relationship with the implementation of the nursing process. *Rev Enferm UFPE on line*. 2017 Apr[cited 2017 Aug 22];11(supl.4):1650-7. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/15261/18058>.
7. Pivoto FL, Lunardi Filho WD, Lunardi VL, Silva PA. Organization of work and the production of subjectivity of the nurse related to the nursing process. *Esc Anna Nery*. 2017 Jan-Mar;21(1):1-8. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20170014>.
8. Hages F, Alemseged F, Balcha F, Berhe S, Aregay A. Application of nursing process and its affecting factors among nurses working in Mekelle Zone Hospitals, Northern Ethiopia. *Nurs Res Pract*. 2014 Feb;2014:657212. doi: <http://dx.doi.org/10.1155/2014/675212>.
9. Bardin L. Análise de conteúdo. Reto LA, Pinheiro A, tradutores. São Paulo: Edições 70; 2015.
10. Alfaro-Lefevre R. Aplicação do processo de enfermagem. 8. ed. Porto Alegre: Artmed; 2014. p. 31.
11. Huitzi-Egilegor JX, Elorza-Puyadena MI, Urkia-Etxabe JM, Zubero-Linaza J, Zupiria-Gorostidi X. Use of the nursing process at public and private centers in a health area. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2012 Sep-Oct;20(5):903-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000500012>.
12. Machado NJ. Gestão da qualidade dos cuidados de enfermagem: um modelo de melhoria contínua baseado na reflexão-ação [Tese]. Porto (PT): Universidade do Porto; 2013.
13. Brito MA. Reconstrução da autonomia: uma teoria explicativa. In: Martins T, Araújo MF, Peixoto MJ, Machado PP, editores. *A pessoa dependente e o familiar cuidador*. Porto: Lusodidacta; 2016. p. 59-71.
14. Padilha JM. Promoting self-care management in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD): a path of action research. *Interface Comun Saúde Educ [Internet]*. 2015 Aug;19(52):201-2. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0511>.
15. International Council of Nurses (CH). *International Classification for Nursing Practice version 2015*. Geneva: International Council of Nurses; 2015.
16. Fernandes CS, Gomes JA, Martins MM, Gomes BP, Gonçalves LH. The importance of families in nursing care: nurses' attitudes in the hospital environment. *Rev Enf Ref*. 2015 Oct-Dec;IV(7):21-30. doi: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV15007>.
17. Ministério da Saúde (PT). Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. Despacho n.º 1400-A/2015. Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. *Diário da República 2ª Série*, 2015 fev 10 [cited 2017 Jun 05];2015(28 Parte C):3882-(2)-(10). Available from: http://sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegisum/legislacao2015/Fevereiro/Disp_1400A_2015.pdf.
18. Shah M. Compare and contrast of grand theories: Orem's self-care deficit theory and Roy's adaptation model. *Int J Nurs Didac*. 2015 Jan;5(1):39-42. doi: <http://dx.doi.org/10.15520/ijnd.2015.vol5.iss01.28.39-42>.
19. Petronilho FA, Pereira FM, Silva AA. Perception of self-efficacy of family caregivers after the dependent homecoming: a longitudinal study. *Rev Port Enferm Saúde Mental*. 2015 Feb [cited 2017 Jul 01];(spe 2):9-13. Available from: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1647-21602015000100002&lng=en&nrm=i.
20. Ribeiro OM, Pinto C. Characteristics of a person who is dependent on self-care: a population based study in a region in the North of Portugal. *Rev Port Saúde Pública*. 2014 Mar[cited 2017 Jul 07];32(1):27-36. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2013.07.001>.

■ Autor correspondente:

Olga Ribeiro

E-mail: olga.ribeiro@santamariasade.pt

Recebido: 24.08.2017

Aprovado: 26.12.2017